

Código no SIL:	Convênio:								
Informações do Contratante (Preenchimento obrigatório de somente uma via caso cliente tenha diversas amostras)									
Nome / Razão Social:									
Fantasia:									
CPF/CNPJ:	Telefone:								
Endereço:									
Email:	Contato:								
Informações da Amostra									
Produto:									
Lote:	Lacre:	Validade:							
Data de Produção (teste de esterilização anotar data e hora do término do processo):									
Data da Coleta:	Hora da coleta:	Temperatura de coleta:							
Local da coleta (para controle de esterilização a vapor identificar o equipamento):									
Nome do responsável pela coleta:									
Observações:									
Ensaio a realizar (métodos):									
<input type="checkbox"/> EMACF - Contagem de Contagem de <i>Escherichia coli</i> β-glucuronidase positiva (ISO 16649-2:2001(E))									
<input type="checkbox"/> EMAS - Pesquisa de <i>Salmonella</i> spp (ISO 6579:2017(E)) – Identificação por provas bioquímicas									
<input type="checkbox"/> EMASC - Contagem de <i>Staphylococcus</i> coagulase positiva (ISO 6888-1:2023)									
<input type="checkbox"/> EMACT - Contagem de Coliformes Totais em Alimentos (Semeadura em meio específico cromogênico)									
<input type="checkbox"/> EMACP - Contagem Total de Aeróbios Mesófilos (ISO 4833-2:2015)									
<input type="checkbox"/> MDS - Contagem de Microrganismos em Superfícies (Contagem Padrão em Placas)									
<input type="checkbox"/> CBHA - Contagem de Microrganismos Mesófilos Heterotróficos na água (Standard Methods 9215 C)									
<input type="checkbox"/> AGU - Pesquisa de Coliformes totais e <i>Escherichia coli</i> em água e gelo (Standard Methods 9223 B)									
<input type="checkbox"/> CBA - Teste de Esterilização a Vapor – Autoclave (Incubação)									
<input type="checkbox"/> LISTE - Pesquisa de <i>Listeria monocytogenes</i> (ABNT NBR ISO 11290-1:2020)									
<input type="checkbox"/> Outro: _____									
Método de ensaio escolhido pelo cliente: _____									
<input type="checkbox"/> Terceirizado (Subcontratado): _____									
Capacidade de análise por tipo de amostra/ensaio:									
<table border="1"><thead><tr><th>Ensaio</th><th>Capacidade</th></tr></thead><tbody><tr><td>Microbiológicos de Alimentos</td><td>20/dia</td></tr><tr><td>Microbiológicos de Água</td><td>20/dia</td></tr><tr><td>Físico/Químico em Água</td><td>6/dia</td></tr></tbody></table>		Ensaio	Capacidade	Microbiológicos de Alimentos	20/dia	Microbiológicos de Água	20/dia	Físico/Químico em Água	6/dia
Ensaio	Capacidade								
Microbiológicos de Alimentos	20/dia								
Microbiológicos de Água	20/dia								
Físico/Químico em Água	6/dia								
Para amostras provenientes de <u>agroindústrias localizadas no município de Sant'Ana do Livramento/RS</u> , informamos que: De acordo com a Instrução Normativa nº 001 de 10 de Setembro de 2012, Art. 9, parágrafo 6º "o laboratório deve informar imediatamente ao SIM ou ao seu representante legal quando o resultado da análise laboratorial, ou qualquer outra informação de que disponha, revelar suspeita ou a existência de agente patogênico, que cause risco ao consumidor, ou quando revelar suspeita ou a existência de agente patogênico de risco sanitário, causador de Doença Transmitida por Alimentos".									
Modo de Entrega do Relatório de Ensaio: <input type="checkbox"/> Balcão <input type="checkbox"/> Correio/Sedex a Cobrar <input type="checkbox"/> Serviços de entrega pago <input type="checkbox"/> Web.									
Visando a emissão de relatórios de ensaios e notas fiscais em acordo com o solicitado, solicitamos a conferência dos dados acima. As informações serão consideradas verdadeiras e poderá haver custos adicionais para correções.									
Eu, _____, autorizo a realização dos ensaios acima assinalados. _____, ____ de _____ de _____.									
Assinatura: _____									
PARA PREENCHIMENTO INTERNO NO LABORATÓRIO									
Responsável pelo recebimento da amostra:									
Data do recebimento:	Hora do recebimento:								